

LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

Ce texte remplace celui paru au Moniteur belge n° 18 du 21 janvier 2003, deuxième édition, page 2078.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 460

[C — 2003/22108]

20 JANVIER 2003. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35bis, §§ 1^{er} et 2, insérés par la loi du 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises le 30 juillet 2002, le 3 septembre 2002, les 8, 15 et 29 octobre 2002, les 5, 12, 19 et 26 novembre 2002 et les 3 et 10 décembre 2002;

Vu les avis émis par l'Inspecteur des Finances;

Vu les accords du Ministre du Budget;

Vu les notifications aux demandeurs;

Vu l'urgence, motivée par la circonstance que l'arrêté doit respecter les délais prévus à l'arrêté royal du 21 décembre 2001. Ces délais ont été fixés en application de la directive 89/105/CEE du 21 décembre 1988 du Conseil des Communautés européennes concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie;

Vu l'avis n° 34.692/1 du Conseil d'Etat, donné le 14 janvier 2003, en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe I^{er} de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, sont apportées les modifications suivantes :

Deze tekst vervangt diegene verschenen in het Belgisch Staatsblad nr. 18 van 21 januari 2003, tweede uitgave, bl. 2078

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 460

[C — 2003/22108]

20 JANUARI 2003. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35bis, §§ 1 en 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 30 juli 2002, 3 september 2002, 8, 15 en 29 oktober 2002, 5, 12, 19 en 26 november 2002 en 3 en 10 december 2002;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën;

Gelet op de akkoordbevindingen van Onze Minister van Begroting;

Gelet op de notificaties aan de aanvragers;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat het besluit de termijnen bepaald in het koninklijk besluit van 21 december 2001 moet naleven. Deze termijnen werden bepaald in toepassing van de richtlijn 89/105/EEG van 21 december 1988 van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende de doorzichtigheid van de maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opname daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg;

Gelet op advies nr. 34.692/1 van de Raad van State, gegeven op 14 januari 2003, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

Artikel 1. In de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° au chapitre I:

1° in hoofdstuk I:

1) insérer les spécialités suivantes:

1) de volgende specialiteiten invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-83	1750-132	AACIDEXAM Organon amp. inj. 1 x 5 mg/ml		3,78	3,78	0,57	0,94
B-21	0456-988 0735-142 0735-142	ACCUPRIL 5 mg Warner Lambert compr. sec. 28 x 5 mg * pr. compr. sec. 1 x 5 mg ** pr. compr. sec. 1 x 5 mg		7,42 0,1936 0,1589	7,42 0,1936 0,1589	1,11	1,85
B-21	0456-996 0735-159 0735-159	ACCUPRIL 20 mg Warner Lambert compr. sec. 28 x 20 mg * pr. compr. sec. 1 x 20 mg ** pr. compr. sec. 1 x 20 mg		23,70 0,6179 0,5075	23,70 0,6179 0,5075	3,55	5,92
B-21	1578-129 0765-156 0765-156	ACCUPRIL 40 mg Warner Lambert compr. 56 x 40 mg * pr. compr. 1 x 40 mg ** pr. compr. 1 x 40 mg		62,94 1,0493 0,9223	62,94 1,0493 0,9223	6,60	9,90
Cs-7	1730-118 0772-210 0772-210	AERIUS Schering-Plough sir. 150 ml 0,5 mg/ml * pr. sir. 1 x 5 ml 0,5 mg/ml ** pr. sir. 1 x 5 ml 0,5 mg/ml		8,93 0,2173 0,1783	8,93 0,2173 0,1783	5,36	5,36
B-27	1766-492 0772-228 0772-228	ALDACTONE Euro-Medic compr. 50 x 100 mg * pr. compr. 1 x 100 mg ** pr. compr. 1 x 100 mg	R R R	30,74 0,5002 0,4108	25,35 0,3702 0,3040	+ 0,1300	+ 0,1300
Cs-7	1738-947 0771-766 0771-766	CETIRIZINE BEXAL Bexal compr. 50 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg	G G G	19,69 0,2312 0,1900	19,69 0,2312 0,1900	11,81	11,81
Cs-7	1736-248 0771-188 0771-188	CETIRIZINE EG Eurogenerics compr. 50 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg	G G G	18,15 0,2294 0,1884	18,15 0,2294 0,1884	10,89	10,89
Cs-7	1694-694 0772-236 0772-236	CETIRIZINE-RATIOPHARM Ratiopharm compr. 20 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg	G G G	8,33 0,2170 0,1780	8,33 0,2170 0,1780	5,00	5,00
B-107	1743-111 0765-123 0765-123	CLAVUCID 875 Yamanouchi compr. 20 x 875 mg/125 mg * pr. compr. 1 x 875 mg/125 mg ** pr. compr. 1 x 875 mg/125 mg	R R R	25,97 0,9600 0,7885	24,34 0,8885 0,7295	+ 0,0715	+ 0,0715
B-107	1713-098 0747-089 0747-089	DOCAMOXICI Docpharma caps. 24 x 500 mg * pr. caps. 1 x 500 mg ** pr. caps. 1 x 500 mg	G G G	11,33 0,2317 0,1904	11,33 0,2317 0,1904	1,70	2,83

I = Aandeel van de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, §1 en §19, van de bij het koninklijk besluit van 14.7.94 gecoördineerde wet, die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, §1er et §19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.

II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

II = Intervention des autres bénéficiaires.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.	I	II
Cs-7	1713-015	DOCETIRI 10 Docpharma compr. 20 x 10 mg	G	8,81	8,81	5,29	5,29
	0772-194	* pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,2465	0,2465		
	0772-194	** pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,2025	0,2025		
B-125	1729-979	DOCCIPROFLO 250 Docpharma compr. 10 x 250 mg	G	14,48	14,48	2,17	3,62
	0772-244	* pr. compr. 1 x 250 mg	G	1,0570	1,0570		
	0772-244	** pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,8680	0,8680		
B-125	1729-987	DOCCIPROFLO 500 Docpharma compr. 20 x 500 mg	G	32,68	32,68	4,90	8,17
	0772-251	* pr. compr. 1 x 500 mg	G	1,3295	1,3295		
	0772-251	** pr. compr. 1 x 500 mg	G	1,0920	1,0920		
B-125	1729-995	DOCCIPROFLO 750 Docpharma compr. 20 x 750 mg	G	43,90	43,90	6,58	9,90
	0772-269	* pr. compr. 1 x 750 mg	G	1,9995	1,9995		
	0772-269	** pr. compr. 1 x 750 mg	G	1,6440	1,6440		
B-60	1720-390	NAPROSYNE ENTERIC COATED Roche compr. 50 x 250 mg		11,95	11,95	1,79	2,99
	0772-277	* pr. compr. 1 x 250 mg		0,1744	0,1744		
	0772-277	** pr. compr. 1 x 250 mg		0,1432	0,1432		
B-126	1766-203	NORFLOXACINE BC Biochemie compr. 6 x 400 mg	G	5,95	5,95	0,89	1,49
	1766-211	compr. 20 x 400 mg	G	15,99	15,99		
	0772-285	* pr. compr. 1 x 400 mg	G	0,4870	0,4870		
	0772-285	** pr. compr. 1 x 400 mg	G	0,4000	0,4000		
B-125	1722-487	OFLOXACINE BC Biochemie compr. 10 x 400 mg	G	24,12	24,12	3,62	6,03
	1722-495	compr. 20 x 400 mg	G	38,84	38,84		
	0772-293	* pr. compr. 1 x 400 mg	G	6,7820	6,7820		
	0772-293	** pr. compr. 1 x 400 mg	G	5,5700	5,5700		
A-29	1708-635	RAPAMUNE AHP Pharma compr. 100 x 1 mg		448,64	448,64	0,00	0,00
	0772-301	* pr. compr. 1 x 1 mg		4,3323	4,3323		
	0772-301	** pr. compr. 1 x 1 mg		4,2612	4,2612		
B-56	1754-738	TRAMADOL EG Eurogenerics compr. eff. 30 x 50 mg	G	8,15	8,15	1,22	2,04
	1754-746	compr. eff. 60 x 50 mg	G	14,09	14,09		
	0772-178	* pr. compr. eff. 1 x 50 mg	G	0,1713	0,1713		
	0772-178	** pr. compr. eff. 1 x 50 mg	G	0,1408	0,1408		
A-33	0772-319	VORINA 50 Teva Pharma * pr. fl. inj. 1 x 50 mg/2 ml	C	13,9400	13,9400		
	0772-319	** pr. fl. inj. 1 x 50 mg/2 ml	C	11,4500	11,4500		
A-33	0772-327	VORINA 100 Teva Pharma * pr. fl. inj. 1 x 100 mg/4 ml	C	27,8300	27,8300		
	0772-327	** pr. fl. inj. 1 x 100 mg/4 ml	C	22,8600	22,8600		
A-33	0772-335	VORINA 350 Teva Pharma * pr. fl. inj. 1 x 350 mg/14 ml	C	82,3900	82,3900		
	0772-335	** pr. fl. inj. 1 x 350 mg/14 ml	C	75,2800	75,2800		
B-222	1766-500	ZORAC 0,05% Pierre Fabre Benelux gel 15 g 0,5 mg/g		13,59	13,59	2,04	3,40
	1389-931	gel 60 g 0,5 mg/g		38,80	38,80		
	0772-343	* pr. gel 1 x 0,5 mg/g		0,5803	0,5803		
	0772-343	** pr. gel 1 x 0,5 mg/g		0,4767	0,4767		
B-222	1766-518	ZORAC 0,1% Pierre Fabre Benelux gel 15 g 1 mg/g		14,30	14,30	2,14	3,57
	1389-964	gel 60 g 1 mg/g		40,29	40,29		
	0772-350	* pr. gel 1 x 1 mg/g		0,6107	0,6107		
	0772-350	** pr. gel 1 x 1 mg/g		0,5015	0,5015		

2) modifier comme suit l'inscription des spécialités suivantes:

2) als volgt de inschrijving wijzigen van de volgende specialiteiten:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-75	0120-790	MANIPREX Wolfs drag. 100 x 250 mg		5,03	5,03	0,75	1,26
	0711-283	* pr. drag. 1 x 250 mg		0,0367	0,0367		
	0711-283	** pr. drag. 1 x 250 mg		0,0302	0,0302		
B-75	0246-918	MANIPREX 500 Wolfs compr. 50 x 500 mg		5,03	5,03	0,75	1,26
	0736-777	* pr. compr. 1 x 500 mg		0,0734	0,0734		
	0736-777	** pr. compr. 1 x 500 mg		0,0604	0,0604		
A-23	0854-877	NITRUMON Sintesa fl. pulv. inj. 1 x 100 mg + solv.		28,05	28,05	0,00	0,00
	0712-976	* pr. fl. pulv. inj. 1 x 100 mg + solv.		21,7300	21,7300		
	0712-976	** pr. fl. pulv. inj. 1 x 100 mg + solv.		17,8500	17,8500		
B-201	1077-593	TEDIVAX PRO ADULTO GlaxoSmithKline s. inj. 1 x 0,5 ml	M	5,32	5,32	0,80	1,33
	0742-627	* pr. s. inj. 1 x 0,5 ml		3,8800	3,8800		
	0742-627	** pr. s. inj. 1 x 0,5 ml		3,1900	3,1900		

2° au chapitre III-A-2), insérer la spécialité suivante:

2° in hoofdstuk III-A-2), de volgende specialiteit invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-189	1767-052	VOLUVEN 6% Fresenius Kabi zak - sac 500 ml	M	15,84	15,84	2,38	3,96
	0772-368	* pr. zac - sac 500 ml		11,5600	11,5600		
	0772-368	** pr. zac - sac 500 ml		9,5000	9,5000		

3° au chapitre IV-B:

3° in hoofdstuk IV-B:

1) au § 15, insérer la spécialité suivante:

1) in § 15 de volgende specialiteit invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-39	1766-229	FENOFITOP Topgen caps. 30 x 200 mg	G	8,55	8,55	1,28	2,14
	0772-376	* pr. caps. 1 x 200 mg	G	0,1333	0,1333		
	0772-376	** pr. caps. 1 x 200 mg	G	0,1097	0,1097		

2) au § 24 :

2) in § 24 :

a) sous 1), supprimer les spécialités suivantes:
ACCUPRIL 5 mg Warner Lambert, ACCUPRIL 20 mg Warner Lambert et ACCUPRIL 40 mg Warner Lambert;

a) sub 1), de volgende specialiteiten schrappen:
ACCUPRIL 5 mg Warner Lambert, ACCUPRIL 20 mg Warner Lambert en ACCUPRIL 40 mg Warner Lambert;

b) sous 2), insérer la spécialité suivante:

b) sub 2), de volgende specialiteit invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-21	1766-526	ACCURETIC Euro-Medic compr. 28 x 20 mg/12,5 mg		30,81	30,81	4,62	7,70
	0772-384	* pr. compr. 1 x 20 mg/12,5 mg		0,8964	0,8964		
	0772-384	** pr. compr. 1 x 20 mg/12,5 mg		0,7364	0,7364		

3) au § 79), insérer les spécialités suivantes:

3) in § 79, de volgende specialiteiten invoegen:

a) sous 1) -a):

a) sub 1) -a):

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-45	1766-245	SIMVASTATINE BEXAL 20 mg Bexal compr. 30 x 20 mg	G	36,11	36,11	0,00	0,00
	1766-252	compr. 100 x 20 mg	G	80,27	80,27	0,00	0,00
	0772-392	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,7438	0,7438		
	0772-392	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,6727	0,6727		
A-45	1766-260	SIMVASTATINE BEXAL 40 mg Bexal compr. 30 x 40 mg	G	51,96	51,96	0,00	0,00
	1766-278	compr. 100 x 40 mg	G	122,55	122,55	0,00	0,00
	0772-400	* pr. compr. 1 x 40 mg	G	1,1472	1,1472		
	0772-400	** pr. compr. 1 x 40 mg	G	1,0761	1,0761		

b) sous 2):

b) sub 2):

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-41	1766-245	SIMVASTATINE BEXAL 20 mg Bexal compr. 30 x 20 mg	G	36,11	36,11	5,42	9,03
	1766-252	compr. 100 x 20 mg	G	80,27	80,27	9,90	14,80
	0772-392	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,7438	0,7438		
	0772-392	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,6727	0,6727		
	B-41	1766-260	SIMVASTATINE BEXAL 40 mg Bexal compr. 30 x 40 mg	G	51,96	51,96	6,60
	1766-278	compr. 100 x 40 mg	G	122,55	122,55	9,90	14,80
	0772-400	* pr. compr. 1 x 40 mg	G	1,1472	1,1472		
	0772-400	** pr. compr. 1 x 40 mg	G	1,0761	1,0761		

4) au § 129, insérer les spécialités suivantes:

4) in § 129, de volgende specialiteiten invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-224	1732-114	MICARDIS PLUS Boehringer Ingelheim compr. 28 x 40 mg/12,5 mg		31,48	31,48	4,72	7,87
	1732-122	compr. 28 x 80 mg/12,5 mg		43,21	43,21	6,48	9,90
	1732-130	compr. 98 x 80 mg/12,5 mg		95,61	95,61	9,90	14,80
	0772-418	* pr. compr. 1 x 40 mg/12,5 mg		0,9254	0,9254		
	0772-426	* pr. compr. 1 x 80 mg/12,5 mg		0,9233	0,9233		
	0772-418	** pr. compr. 1 x 40 mg/12,5 mg		0,7600	0,7600		
	0772-426	** pr. compr. 1 x 80 mg/12,5 mg		0,8507	0,8507		
	B-224	1727-064	TEVETEN 600 Solvay Pharma compr. 98 x 600 mg		68,26	68,26	9,90
	0765-016	* pr. compr. 1 x 600 mg		0,6523	0,6523		
	0765-016	** pr. compr. 1 x 600 mg		0,5798	0,5798		

5) au § 163, insérer les spécialités suivantes:

5) in § 163, de volgende specialiteiten invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-92	1729-383	GONAL-F 75 Serono amp. lyoph. S.C. 10 x 75 I.U. + solv.		316,96	316,96	6,60	9,90
	0760-801	* pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 75 I.U. + solv.		30,5380	30,5380		
	0760-801	** pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 75 I.U. + solv.		29,8270	29,8270		

B-92	1729-409	GONAL-F 150 Serono amp. lyoph. S.C. 5 x 150 I.U. + solv.	316,96	316,96	6,60	9,90
	1729-391	amp. lyoph. S.C. 10 x 150 I.U. + solv.	624,15	624,15	6,60	9,90
	0772-434	* pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 150 I.U. + solv.	60,3620	60,3620		
	0772-434	** pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 150 I.U. + solv.	59,6510	59,6510		
B-92	1729-417	GONAL-F 600/ml Serono amp. inj. 1 x 2 ml 600 I.U./ml.	471,96	471,96	6,60	9,90
	0772-442	* pr. amp. inj. 1 x 2 ml 600 I.U./ml	455,8700	455,8700		
	0772-442	** pr. amp. inj. 1 x 2 ml 600 I.U./ml	448,7600	448,7600		

6) au § 174, modifier comme suit l'inscription des spécialités suivantes:

6) in § 174, als volgt de inschrijving wijzigen van de volgende specialiteiten:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-35	0732-263	ACTOSOLV Belpharma * pr. fl. inj. 1 x 100.000 I.U.		70,0200	70,0200		
	0739-839	* pr. fl. inj. 1 x 600.000 I.U.		290,2000	290,2000		
	0732-263	** pr. fl. inj. 1 x 100.000 I.U.		62,9100	62,9100		
	0739-839	** pr. fl. inj. 1 x 600.000 I.U.		283,0900	283,0900		
B-35	0742-536	UROKINASE Bournonville Pharma * pr. fl. lyoph. I.V. 1 x 100.000 U.I. + solv.		70,0200	70,0200		
	0742-544	* pr. fl. lyoph. I.V. 1 x 300.000 U.I. + solv.		158,1000	158,1000		
	0742-536	** pr. fl. lyoph. I.V. 1 x 100.000 U.I. + solv.		62,9100	62,9100		
	0742-544	** pr. fl. lyoph. I.V. 1 x 300.000 U.I. + solv.		150,9900	150,9900		

7) au § 207, insérer la spécialité suivante:

7) in § 207, de volgende specialiteit invoegen:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-60	1767-060	VLOEIBARE MEDISCHE ZUURSTOF AIR PRODUCTS Air Products OXYGENE MEDICAL LIQUIDE AIR PRODUCTS 1 m ³	M	6,57	6,57	0,00	0,00
	0772-459	* pr. 1 m ³		6,3800	6,3800		
	0772-459	** pr. 1 m ³		5,2400	5,2400		

8) ajouter un § 245 rédigé comme suit:

8) een als volgt opgesteld § 245 toevoegen:

§ 245. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elle a été prescrite pour le traitement d'une rétinite à cytomégalovirus chez des patients atteints du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA).

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois à la demande motivée du médecin traitant.

§ 245. De volgende specialiteit komt slechts voor vergoeding in aanmerking als is aangetoond dat ze is voorgeschreven voor de behandeling van retinitis te wijten aan cytomegalovirus bij AIDS patiënten.

Daartoe reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het attest uit waarvan het model is vastgesteld onder "b" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

Op gemotiveerd verzoek van de behandelende geneesheer kan de toestemming voor vergoeding voor nieuwe periodes van 12 maanden worden verlengd.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-54	1663-939	VALCYTE Roche	T	1.565,00	1.565,00	0,00	0,00
	0772-467	compr. 60 x 450 mg	T	25,2845	25,2845		
	0772-467	* pr. compr. 1 x 450 mg ** pr. compr. 1 x 450 mg	T	25,1660	25,1660		

9) ajouter un § 246 rédigé comme suit:

§ 246.

a. La spécialité mentionnée au point f n'est remboursée que si elle est utilisée pour le traitement du glaucome à angle ouvert et/ou de l'hypertension oculaire chez des ayants droit qui ont préalablement reçu une attestation de remboursement pour la spécialité XALATAN et qui, ensuite, n'ont pas répondu suffisamment à cette spécialité administrée en monothérapie. Le remboursement est accordé pour autant que l'ayant droit concerné ne présente pas d'intolérance ou de contre-indication aux bêta-bloquants à usage ophtalmologique, notamment du fait d'un asthme bronchique, d'une affection respiratoire chronique aspécifique sévère, d'une bradycardie sinusale, d'un bloc AV du deuxième ou du troisième degré, d'une insuffisance cardiaque manifeste ou d'un choc cardiogénique.

b. L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin conseil sur base d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'Annexe A de la réglementation actuelle, complété par un médecin spécialiste en ophtalmologie qui, simultanément :

- déclare que le patient concerné répond aux conditions prévues au point a) ci-dessus;

- accepte de tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent que le patient se trouve dans la situation déclarée, surtout les résultats des mesures de la pression oculaire;

- stipule qu'il s'agit d'une première demande ou d'une demande de prolongation.

c. Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'Annexe A de la réglementation actuelle, signé et correctement complété par le médecin spécialiste en ophtalmologie, le médecin conseil délivre à l'ayant droit l'attestation dont le modèle est repris sous « b » à l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à un maximum de 12 mois.

d. L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du formulaire de demande dont le modèle est repris à l'Annexe A de la réglementation actuelle, qui a été signé et correctement complété par le médecin spécialiste en ophtalmologie qui y confirme l'efficacité de cette spécialité chez l'ayant droit concerné.

e. Le remboursement simultané des spécialités XALACOM, TRAVATAN et XALATAN n'est jamais autorisé.

f. spécialité concernée :

9) een als volgt opgesteld § 246 toevoegen:

§ 246.

a. De specialiteit vermeld in punt f wordt slechts vergoed indien zij gebruikt wordt voor de behandeling van open-kamerhoekglaucoom en/of oculaire hypertensie bij die rechthebbenden die vroeger een terugbetalingsattest kregen voor de specialiteit XALATAN en die daarna onvoldoende reageren op deze specialiteit in monotherapie. De terugbetaling wordt toegekend voor zover er bij de betrokken rechthebbende geen intolerantie of geen contra-indicatie bestaat voor b- blokkers voor oftalmologisch gebruik, met name als gevolg van bronchiaal astma, een ernstige chronische aspecifieke respiratoire aandoening, een sinusale bradycardie, een AV-blok van tweede of derde graad, een manifeste hartinsufficiëntie, of een cardiogene shock.

b. De toelating voor terugbetaling zal afgeleverd worden door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model weergegeven is in Bijlage A van de huidige reglementering, dat ingevuld wordt door een geneesheer-specialist in de oftalmologie, die hierbij tegelijk :

- verklaart dat de betrokken patiënt voldoet aan de voorwaarden voorzien onder punt a) hierboven;

- aanvaardt om de bewijselementen die aantonen dat de patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, vooral de resultaten van de metingen van de oogdruk;

- vermeldt dat het gaat om een eerste aanvraag of een aanvraag tot verlenging.

c. Op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model weergegeven is in bijlage A van de huidige reglementering, dat ondertekend en correct ingevuld is door de geneesheer-specialist in de oftalmologie, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het attest af waarvan het model weergegeven wordt onder « b » van bijlage III van het huidig besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximaal 12 maand.

d. De toelating tot terugbetaling kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximaal 12 maand op basis van het aanvraagformulier, waarvan het model weergegeven is in bijlage A van de huidige reglementering, dat ondertekend en correct ingevuld is door de geneesheer-specialist in de oftalmologie, die hierin de doeltreffendheid van deze specialiteit bij de betrokken rechthebbende bevestigt.

e. De gelijktijdige terugbetaling van de specialiteiten XALACOM, TRAVATAN en XALATAN is nooit toegestaan.

f. Betrokken specialiteit :

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-168	1670-652	XALACOM Pharmacia				6,60	9,90
	0772-475	fl. 3 x 2,5 ml		79,21	79,21		
	0772-475	* pr. fl. 1 x 2,5 ml ** pr. fl. 1 x 2,5 ml		24,8533 22,4833	24,8533 22,4833		

ANNEXE A

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE LA SPECIALITE XALACOM**
(§246 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I. Identification de l'ayant droit :
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (numéro d'inscription)

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le patient mentionné ci-dessus, qui a déjà reçu auparavant une autorisation pour la spécialité XALATAN pour le traitement d'un glaucome à angle-ouvert et/ou d'une hypertension oculaire, présente actuellement une réponse insuffisante à cette spécialité lorsqu'elle est utilisée en monothérapie. Je déclare que ce patient ne présente aucune intolérance ni contre-indication aux β-bloquants à usage ophtalmique (à savoir : asthme bronchique, affection respiratoire chronique spécifique grave, bradycardie sinusale, bloc AV du deuxième ou du troisième degré, insuffisance cardiaque manifeste ou choc cardiogénique). Je tiens à la disposition du Médecin-Conseil les éléments de preuve qui démontrent que mon patient se trouve dans la situation exposée, principalement les résultats des mesures de la pression oculaire.

II. Première demande :
 Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité XALACOM pour une première période de : □□ mois (maximum 12 mois)

III. Demande de prolongation :
 Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce patient et je demande pour lui la prolongation du remboursement de la spécialité XALACOM pour une nouvelle période de : □□ mois (maximum 12 mois).

IV. Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
 1-□□□□-□□-□□□ (N) INAMI)

□□ / □□ / □□□□ (date)



(cachet)

.....
 (signature du médecin)

BIJLAGE A

**AANVRAAGFORMULIER VOOR DE TERUGBETALING VAN
DE SPECIALITEIT XALACOM**
(§ 246 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende :
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (inschrijvingsnummer)

Ik ondertekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de oftalmologie, verklaar dat de hoger vermelde patiënt, die reeds vroeger een toelating kreeg voor de specialiteit XALATAN voor de behandeling van open-kamerhoekglaucoom en/of oculaire hypertensie, momenteel een onvoldoende respons vertoont op deze specialiteit indien ze gebruikt wordt in monotherapie. Ik verklaar dat deze patiënt geen intolerantie, noch contra-indicatie vertoont voor β-blokkers voor oftalmologisch gebruik (met name : bronchiaal astma, een ernstige chronische specifieke respiratoire aandoening, sinusale bradycardie, een AV-blok van tweede of derde graad, manifeste hartinsufficiëntie, of cardiogene shock). Ik houd de bewijselementen die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer, vooral de resultaten van de metingen van de oogdruk.

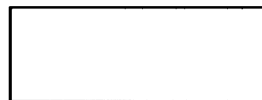
II – Eerste aanvraag :
 Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling van de specialiteit XALACOM voor een eerste periode van : □□ maand (maximaal 12 maand)

III – Aanvraag tot verlenging :
 Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend bleek te zijn bij deze patiënt, en ik vraag voor hem de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit XALACOM voor een nieuwe periode van : □□ maand (maximaal 12 maand).

IV – Identificatie van de geneesheer-specialist in de oftalmologie:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)
 1-□□□□-□□-□□□ (RIZIV nr.)

□□ / □□ / □□□□ (datum)



(stempel)

.....
 (handtekening van de geneesheer)

10) ajouter un § 247 rédigé comme suit :

§ 247. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est administrée à un bénéficiaire ayant subi une transplantation hépatique suite à une cirrhose sur hépatite chronique post-nécrotique évolutive due à une infection du virus de l'hépatite B ou suite à une hépatite fulminante due à une infection du virus de l'hépatite B.

Le remboursement est accordé sur base d'un rapport circonstancié rédigé par le médecin spécialiste responsable du traitement, qui mentionne notamment la période et la posologie à respecter. Le médecin demandeur doit tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve démontrant la situation attestée.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-41		HEPACAF 5.000 I.U. DCF-Croix Rouge CAF-Rode Kruis					
	0772-483	* pr. fl. perf. 100 ml 50 I.U./ml	C	589,0500	589,0500		
	0772-483	** pr. fl. perf. 100 ml 50 I.U./ml	C	581,9400	581,9400		

11) ajouter un § 248 rédigé comme suit :

§ 248. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été administrée dans le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) chez des patients qui ont été exposés à au moins une thérapie standard comportant un agent alkylant et qui n'ont pas manifesté de réponse, complète ou partielle, au phosphate de fludarabine, ou chez qui un traitement de ce type a produit une rémission de courte durée seulement (moins de 6 mois).

Le remboursement est accordé sur base d'un rapport motivé établi par le médecin spécialiste responsable du traitement, qui tient à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves démontrant la situation attestée.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-28		MAB CAMPATH 10 mg/ml Schering					
	0772-491	* pr. amp. I.V. 1 x 3 ml 10 mg/ml		463,4700	463,4700		
	0772-491	** pr. amp. I.V. 1 x 3 ml 10 mg/ml		461,1000	461,1000		

12) ajouter un § 249 rédigé comme suit :

§ 249. a) La spécialité mentionnée au point i) ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est utilisée pour le traitement d'une arthrite rhumatoïde érosive insuffisamment contrôlée, chez des bénéficiaires âgés d'au moins 17 ans, chez lesquels les quatre conditions suivantes sont remplies simultanément :

1. Réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable d'au moins deux SAARD ou Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs (les sels d'or, la salazopyrine, le léflunomide, le méthotrexate) pour autant que parmi les deux SAARD utilisés figure au moins le méthotrexate, qui, à moins d'une intolérance constatée malgré l'association avec de l'acide folique, doit avoir été administré en intramusculaire ou par voie orale pendant au moins 3 mois à une dose minimum de 15 mg par semaine;

2. Présence d'une synovite active au niveau d'au moins huit articulations;

3. Obtention d'un index d'au moins 25 au HAQ (Health Assessment Questionnaire). L'index est obtenu en exprimant le total de la somme des valeurs pour toutes les questions en pourcentage de la somme maximale théoriquement possible qui est de 60. Le questionnaire doit être rempli et signé par le bénéficiaire lui-même sur l'exemplaire du formulaire de description clinique qui sera tenu à disposition du médecin-conseil suivant les modalités visées au point c) ci-dessous;

4. Absence de tuberculose évolutive correspondant à une des deux situations suivantes :

- Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs;

10) een als volgt opgesteld § 247 toevoegen :

§ 247. De hiernavolgende specialiteit mag enkel worden vergoed indien zij is toegediend aan een rechthebbende bij wie een lever is overgeplant wegens cirrhose op een evolutieve postnecrotische chronische hepatitis te wijten aan een infectie met het hepatitis-B-virus of wegens hepatitis fulminans, toe te schrijven aan een infectie met het hepatitis-B-virus.

De vergoeding wordt toegestaan op basis van een omstandig verslag opgesteld door de behandelende geneesheer specialist die onder andere de te respecteren periode en posologie vermeldt. De aanvragende geneesheer houdt de noodzakelijke elementen die de vergoedingssituatie aantonen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

11) een als volgt opgesteld § 248 toevoegen :

§ 248. De volgende specialiteit komt slechts voor vergoeding in aanmerking als zij wordt toegediend voor de behandeling van patiënten met chronische lymfatische leukemie (CLL) die zijn behandeld met ten minste één standaardtherapie met een alkylend agens en die na behandeling met fludarabinefosfaat geen volledige of gedeeltelijke respons of slechts een korte remissie (minder dan 6 maanden) hebben bereikt.

De vergoeding is toegestaan op basis van een gemotiveerd verslag van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling, die de bewijsstukken, die de geattesteerde situatie aantonen, ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer.

12) een als volgt opgesteld § 249 toevoegen :

§ 249. a) De specialiteit vermeld onder punt i) kan enkel worden terugbetaald als ze gebruikt wordt bij de behandeling van erosieve reumatoïde artritis die onvoldoende onder controle is, bij rechthebbenden van minstens 17 jaar, waarbij aan de vier volgende voorwaarden gelijktijdig voldaan is :

1. Onvoldoende respons op het voorafgaand optimaal gebruik van minstens twee SAARD of Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs (goudzouten, salazopyrine, leflunomide, methotrexaat) voor zover één van de twee gebruikte SAARD minstens methotrexaat is, dat, behalve wanneer het niet verdragen wordt ondanks de associatie met foliumzuur, intramusculair of oraal moet toegediend worden gedurende minimum 3 maanden aan een minimale dosis van 15 mg/week;

2. Aanwezigheid van een actieve synovitis ter hoogte van minimum acht gewrichten;

3. Behalen van een index van minimum 25 op de HAQ (Health Assessment Questionnaire). Deze index wordt verkregen door de som van de waarden bekomen voor alle vragen en die dan procentueel uit te drukken ten opzichte van de theoretisch maximale som die 60 is. De vragenlijst moet ingevuld en ondertekend worden door de rechthebbende zelf op het formulier met de klinische beschrijving, dat ter beschikking moet gehouden worden van de adviserende geneesheer volgens de modaliteiten beschreven onder punt c) hiernavolgend;

4. Afwezigheid van evolutieve tuberculose, voldoende aan 1 van de 2 hiernavolgende situaties :

- Radiografie van de longen en Mantoux-test: beiden negatief

- Radiographie pulmonaire négative ou positive, avec un Test de Mantoux positif : dans ce cas, le remboursement du traitement avec ENBREL ne sera accordé que pour autant qu'un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse ait été administré préalablement pendant une durée d'au moins six mois, et que l'absence de tuberculose évolutive soit attestée par un médecin spécialiste en pneumologie sur le formulaire de description clinique qui sera tenu à disposition du médecin-conseil suivant les modalités visées au point *c*) ci-dessous.

b) Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une dose maximale de 25 mg, administrée deux fois par semaine, par voie sous-cutanée.

c) Le remboursement est conditionné par la fourniture préalable au médecin-conseil d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe. Le formulaire de demande doit être complété par un médecin spécialiste en rhumatologie, qui, ainsi, simultanément :

1. Atteste que toutes les conditions figurant au point *a*) ci-dessus sont remplies avant l'initiation du traitement;

2. Atteste qu'il tient à la disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du présent paragraphe, et dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement, par le bénéficiaire pour le HAQ, par un médecin spécialiste en pneumologie, le cas échéant, pour les situations visées au 2ème tiret du point *a*) 4. ci-dessus, et, pour tous les autres items, par lui-même, médecin spécialiste en rhumatologie;

3. Mentionne la posologie et le nombre de conditionnements souhaités;

4. S'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée;

5. S'engage à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités décrites au point *f*) ci-dessous.

d) Sur base du formulaire de première demande dont le modèle figure à l'annexe A du présent paragraphe, signé et dûment complété par le médecin spécialiste en rhumatologie, le médecin-conseil :

1. Délivre au bénéficiaire la ou les attestations dont le modèle est fixé sous « e » de l'annexe III du présent arrêté, dont le nombre de conditionnements autorisés est limité en fonction de la posologie maximum visée au point *b*), et dont la durée de validité est limitée à une période maximale de 6 mois;

2. Attribue au bénéficiaire concerné un numéro spécifique, unique, codé de façon à rendre impossible l'identification de ce bénéficiaire par des tiers. Dans ce numéro doit figurer l'identification de l'organisme assureur;

3. Communique au médecin spécialiste en rhumatologie du bénéficiaire concerné le numéro spécifique unique qui a été attribué à son patient., ainsi que les dates de début et de fin de la période autorisée;

4. Communique au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, le numéro spécifique unique correspondant au bénéficiaire concerné, sans mentionner l'identité de celui-ci, mais avec la mention de l'identité du médecin spécialiste concerné, suivant les modalités décrites au point *f*) ci-dessous.

e) Les autorisations de remboursement peuvent être prolongées à terme pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum, sur base chaque fois d'un formulaire de demande de prolongation dont le modèle figure à l'annexe C du présent paragraphe. Cette prolongation doit être signée et dûment complétée par le médecin spécialiste en rhumatologie visé ci-dessus, qui, ainsi, simultanément :

1. Confirme que le traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active et par une diminution d'au moins 20 % de l'index au HAQ, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement;

2. Mentionne la posologie et le nombre de conditionnements souhaités;

3. S'engage à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités décrites au point *f*) ci-dessous.

- Radiografie van de longen negatief of positief met een Mantoux-test positief: in dit geval zal de terugbetaling van ENBREL slechts toegekend worden voorzover een adequate behandeling van de tuberculose voorafgaandelijk werd toegediend gedurende minimum zes maanden en dat de afwezigheid van een evolutieve tuberculose verklaard wordt door een geneesheer-specialist in de pneumologie, in het formulier met de klinische beschrijving dat ter beschikking moet gehouden worden van de adviserend geneesheer volgens de modaliteiten beschreven onder punt *c*) hierna volgend.

b) Het aantal terugbetaalbare verpakkingen moet rekening houden met een maximale dosis van 25 mg, twee keer per week subcutaan toegediend.

c) De terugbetaling is gebaseerd op een aanvraagformulier, voordien afgeleverd aan een adviserend geneesheer, waarvan het model in bijlage A bij deze paragraaf is opgenomen. Het aanvraagformulier moet ingevuld worden door een geneesheer-specialist in de reumatologie, die tegelijkertijd :

1. verklaart dat er aan alle voorwaarden, voorkomend onder punt *a*) hierboven vermeld, voldaan werd vooraleer de behandeling wordt opgestart;

2. verklaart dat hij een formulier met de klinische beschrijving ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer, waarvan het model in bijlage B van deze paragraaf is opgenomen, en waarvan alle rubrieken volledig werden ingevuld en ondertekend vóór het aanvangen van de behandeling, door de rechthebbende voor wat de HAQ vragenlijst betreft, door een specialist in de pneumologie, indien van toepassing, voor de situatie vermeld onder punt *a*) 4 2e streepje, hierboven beschreven, en voor alle andere rubrieken door hemzelf, geneesheer-specialist in de reumatologie;

3. de posologie en het aantal gewenste verpakkingen vermeldt;

4. er zich toe verbindt om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer;

5. er zich toe verbindt om de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, volgens de modaliteiten beschreven in punt *f*) hierna volgend.

d) Op basis van het formulier voor een eerste aanvraag, waarvan het model in bijlage A bij deze paragraaf voorkomt, dat ondertekend en volledig ingevuld werd door de geneesheer-specialist in de reumatologie, zal de adviserend geneesheer :

1. aan de rechthebbende het of de attesten afleveren waarvan het model is vastgesteld onder « e » van bijlage III bij dit besluit waarin het aantal toegestane verpakkingen beperkt is in functie van de maximale posologie beschreven onder punt *b*) en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot een maximale periode van 6 maanden;

2. Aan de betrokken rechthebbende een uniek, pecifiek nummer toekennen, dat gecodeerd is zodat het onmogelijk is voor derden om de rechthebbende te identificeren. In dit nummer moet het identificatienummer van de verzekeringstelling voorkomen;

3. Aan de geneesheer-specialist in de reumatologie van de betrokken rechthebbende het unieke, specifieke nummer meedelen dat aan zijn patiënt werd toegekend, evenals de begin- en de einddatum van de toegestane periode;

4. Aan het college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, het unieke, specifieke nummer overeenstemmende met de betrokken rechthebbende meedelen, zonder zijn identiteit te vermelden, maar met de vermelding van de identiteit van de betrokken geneesheer-specialist, volgens de modaliteiten beschreven in punt *f*) hiernavolgend.

e) De toelating tot terugbetaling mag na afloop verlengd worden, voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden, telkens door middel van een formulier van aanvraag tot verlenging, waarvan het model in bijlage C bij deze paragraaf voorkomt. Deze verlenging moet ondertekend en volledig ingevuld worden door de geneesheer-specialist in de reumatologie, hierboven beschreven, die zo tegelijkertijd :

1. bevestigt dat de behandeling doeltreffend was, door een daling van het aantal gewrichten aangetast door actieve synovitis met minstens 20 % en door een daling van de HAQ index met minstens 20 % in vergelijking met de klinische toestand van de patiënt vóór de aanvang van de behandeling;

2. de posologie en het aantal gewenste verpakkingen vermeldt;

3. er zich toe verbindt om de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, volgens de modaliteiten beschreven in punt *f*) hiernavolgend.

e) Pour les bénéficiaires de plus de 17 ans qui, avant l'entrée en vigueur du remboursement, ont déjà été traités pendant plus de six mois avec des conditionnements non-remboursés de ENBREL pour une arthrite rhumatoïde érosive, et qui, avant l'initiation du traitement, remplissaient les conditions visées au point a)1., tout en présentant une synovite active au niveau d'au moins 5 articulations et en ayant obtenu un index d'au moins 15 au HAQ, un remboursement de la prolongation de ce traitement peut être accordé suivant les modalités prévues au point e). Ce remboursement est accordé pour autant que le traitement antérieur non-remboursé se soit montré efficace par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active, et par une diminution d'au moins 20 % de l'index au HAQ, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

Dans ce cas, pour cette demande de remboursement, le médecin rhumatologue traitant fait parvenir au médecin-conseil un formulaire spécifique de demande de remboursement visant les situations de traitement antérieur non-remboursé, dont le modèle figure à l'annexe D du présent paragraphe. Il doit dûment compléter et signer ce formulaire et y joindre un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec ENBREL.

Dans ce cas, la première autorisation est délivrée pour une période de 12 mois maximum. Cette procédure permettant de débiter un remboursement après un traitement antérieur non-remboursé ne pourra être appliquée que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de l'entrée en vigueur du présent paragraphe.

f) Afin de permettre à la Commission de Remboursement des Médicaments d'exécuter les missions définies à l'article 29bis et 35bis de la Loi, notamment en ce qui concerne une modification ultérieure de l'inscription des spécialités pharmaceutiques, le remboursement de la spécialité mentionnée au point i) est accordé pour autant que des données codées, relatives à l'évolution et au devenir des bénéficiaires recevant ce remboursement, puissent être enregistrées et puissent faire l'objet d'une évaluation. Les modalités relatives à la nature des données, à l'enregistrement, à la collecte et à l'évaluation sont fixées par le Ministre sur la proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments après avis de la Commission de la protection de la vie privée.

A cet effet, le médecin spécialiste en rhumatologie visé ci-dessus aux points c), e) ou e'), s'engage, pour ses patients qui auront reçu le remboursement, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre.

A cet effet également, pour chaque période d'autorisation, le médecin-conseil, suivant les modalités fixées par le Ministre:

1. Attribue à chaque bénéficiaire concerné un numéro spécifique, unique, codé de façon à rendre impossible l'identification de ce bénéficiaire par des tiers. Dans ce numéro codé doit figurer l'identification de l'organisme assureur.

2. Communique au médecin spécialiste en rhumatologie du bénéficiaire concerné le numéro spécifique unique qui a été attribué à son patient, ainsi que les dates de début et de fin de la période autorisée.

3. Communique au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments pour la collecte des données concernées, une liste mentionnant les numéros spécifiques uniques correspondant aux bénéficiaires auxquels le remboursement aura été accordé, avec pour chacun de ces numéros, la mention de l'identité du médecin spécialiste concerné, mais sans mentionner l'identité du bénéficiaire concerné.

g) Le remboursement ne peut être accordé que si le conditionnement concerné a été prescrit par un médecin spécialiste en rhumatologie (numéro d'identification INAMI se terminant par 585, 593, 735, 790, 793, 794, 795, 796 ou 991), et lorsqu'il s'agit d'une dispensation par un pharmacien hospitalier pour un patient ambulatoire ou hospitalisé, sans préjudice des dispositions de l'article 80 du présent arrêté relatives à la liste des spécialités soumises à des autorisations des médecins-conseils, pour autant que le pharmacien hospitalier dispensateur dispose, préalablement à la dispensation, d'une attestation écrite du médecin spécialiste en rhumatologie visé au point c), e) ou e'), mentionnant les dates de début et de fin de la période autorisée par le médecin-conseil. A cet effet, le pharmacien hospitalier dispensateur doit joindre cette attestation du médecin spécialiste en rhumatologie à la facture intégrée individuelle du patient concerné.

h) Le remboursement simultané de la spécialité REMICADE avec la spécialité ENBREL n'est jamais autorisé.

e') Voor de rechthebbenden, ouder dan 17 jaar, die vóór de inwerkingtreding van de terugbetaling reeds gedurende meer dan zes maanden behandeld werden met niet terugbetaalde verpakkingen van ENBREL, voor de behandeling van erosieve reumatoïde artritis en die, vóór de aanvang van de behandeling, tegelijk voldeden aan de voorwaarden beschreven onder punt a)1 en die tegelijk een actieve synovitis vertoonden ter hoogte van tenminste 5 gewrichten en die tevens een index van minstens 15 behaalden op HAQ, kan een terugbetaling van de verlenging van deze behandeling toegestaan worden volgens de modaliteiten voorzien in punt e). Deze terugbetaling wordt toegestaan voor zover de voorgaande niet terugbetaalde behandeling doeltreffend bleek te zijn, door een daling van het aantal gewrichten aangetast door actieve synovitis met minstens 20 % en door een daling van de HAQ index met minstens 20 % in vergelijking met de klinische toestand van de patiënt vóór de aanvang van de behandeling.

In dit geval, voor deze aanvraag van terugbetaling, moet de behandelende geneesheer-specialist in de reumatologie voor de eerste aanvraag tot terugbetaling een specifiek aanvraagformulier voor terugbetaling van vroegere, niet terugbetaalde behandelingen richten aan de adviserend geneesheer, waarvan het model in bijlage D bij deze paragraaf voorkomt. Hij moet dit formulier volledig invullen en ondertekenen en er ook een omstandig rapport aan toevoegen dat de verschillende elementen met betrekking tot de vroegere niet terugbetaalde behandeling met ENBREL beschrijft.

In dit geval wordt de eerste machtiging afgeleverd voor een periode van maximum 12 maanden. Deze procedure die terugbetaling toestaat na een voorafgaandelijke, niet terugbetaalde behandeling, mag slechts toegepast worden gedurende een overgangperiode van 6 maanden, vanaf de inwerkingtreding van deze paragraaf.

f) Om de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen toe te staan de taken te vervullen zoals beschreven onder art. 29 bis en 35 bis van de Wet, namelijk betreffende een latere wijziging van de inschrijving van farmaceutische specialiteiten, wordt de terugbetaling van de specialiteit beschreven in punt i) toegestaan, voor zover dat de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de rechthebbenden die deze terugbetaling krijgen, kunnen geregistreerd worden en het onderwerp mogen uitmaken van een evaluatie. De modaliteiten met betrekking tot de aard van de gegevens, de registratie, het verzamelen en de evaluatie ervan worden door de Minister vastgelegd op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Daartoe verbindt de geneesheer-specialist in de reumatologie, bedoeld hierboven in punten c), e) of e'), zich ertoe voor zijn patiënten die de terugbetaling verkeren hebben, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister.

Eveneens met deze bedoeling, zal de adviserende geneesheer, voor elke machtigingsperiode, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister:

1. aan elke betrokken rechthebbende een uniek, specifiek nummer toekennen, dat gecodeerd is zodat het onmogelijk is voor derden om de rechthebbende te identificeren. In dit nummer moet het identificatienummer van de verzekeringsinstelling voorkomen.

2. Aan de geneesheer-specialist in de reumatologie van de betrokken rechthebbende het unieke, specifieke nummer meedelen dat aan zijn patiënt werd toegekend, evenals de begin- en de einddatum van de toegestane periode.

3. Aan het college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voor de inzameling van de betrokken gegevens, een lijst bezorgen met de unieke, specifieke nummers van de rechthebbenden aan wie de terugbetaling werd toegestaan, met voor elk van deze nummers, de vermelding van de identiteit van de betrokken geneesheer-specialist, maar zonder de identiteit van de betrokken rechthebbende te vermelden.

g) De terugbetaling kan slechts toegekend worden indien de betrokken verpakking werd voorgeschreven door een geneesheer-specialist in reumatologie (RIZIV-identificatienummer eindigend op 585, 593, 735, 790, 793, 794, 795, 796 of 991), en indien het gaat om een aflevering door een ziekenhuisapotheker voor een ambulante of gehospitaliseerde patiënt, onverminderd de bepalingen van artikel 80 van dit besluit met betrekking tot de lijst van specialiteiten onderworpen aan machtigingen van adviserend geneesheren, voor zover dat de afleverende ziekenhuisapotheker beschikt, voorafgaand aan de aflevering, over een geschreven attest van de geneesheer-specialist in de reumatologie beschreven onder punt c), e) of e') dat de begin- en einddatum van de door de adviserend geneesheer gemachtigde periode vermeldt. Daartoe moet de afleverende ziekenhuisapotheker dit attest van de geneesheer-specialist in de reumatologie toevoegen aan de geïntegreerde individuele factuur van de betrokken patiënt.

h) De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit REMICADE met de specialiteit ENBREL is nooit toegestaan.

J'atteste que le patient a rempli lui-même le questionnaire HAQ figurant au point V du présent formulaire:

- le / / / / / (Date à laquelle le questionnaire a été rempli)⁽¹⁴⁾ et qu'il a y obtenu un score brut de :
- sur 60 (somme des cotes obtenues pour toutes les questions)⁽¹⁵⁾ qui, exprimé en pourcentage, correspond à un index du HAQ de :
- sur 100⁽¹⁶⁾ .

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- ⁽¹⁷⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ⁽¹⁸⁾ Radiographie pulmonaire négative et Test de Mantoux positif : un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse a été administré pendant une durée d'au moins six mois, et l'absence actuelle de tuberculose évolutive est confirmée par un médecin spécialiste en pneumologie au point VI du présent formulaire ;
- ⁽¹⁹⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément positifs : un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse a été administré pendant une durée d'au moins six mois, et l'absence actuelle de tuberculose évolutive est confirmée par un médecin spécialiste en pneumologie au point VI du présent formulaire.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité ENBREL.

IV- Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

(nom)
 (prénom)
 1- (N° INAMI)
 / / (Date)



(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)

V- Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I :
 (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.)

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	Incapable de le faire
1) S'HABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de:				
a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. vous laver les cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) SE LEVER :Etes-vous capable de:				
a. vous lever d'une chaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. vous mettre au lit et vous lever du lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) MANGER :Etes-vous capable de :				
a. couper votre viande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. porter à votre bouche une tasse ou un verre bien plein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) MARCHER : Etes-vous capable de:				
a. marcher en terrain plat à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. monter 5 marches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) HYGIENE :Etes-vous capable de:				
a. vous laver et vous sécher entièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. prendre un bain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. vous asseoir et vous relever des toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ATTRAPER :Etes-vous capable de:				
a. prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) PREHENSION : Etes-vous capable de:

- a. ouvrir une porte de voiture ?
- b. dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?

c. ouvrir et fermer un robinet ?

8) AUTRES ACTIVITES Etes-vous capable de:

- a. faire vos courses ?
- b. monter et descendre de voiture ?
- c. faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?

Sans
AUCUNE
difficultéQUELQUE
PEU
inconfortableLimité à
certaines
positions ou très
inconfortableIMPOSSIBLE
à cause de la
polyarthrite

(Cote attribuée à chaque colonne)

(0)

(1)

(2)

(3)

□□ / □□ / □□□□ (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) ⁽²⁰⁾

..... (Signature du patient)

VI- (Le cas échéant) :• **Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

- ⁽²¹⁾ Radiographie pulmonaire négative et Test de Mantoux positif ;
- ⁽²²⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément positifs.

J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse pendant une durée d'au moins six mois, en l'occurrence :

- (Traitement anti-tuberculeux administré) ⁽²³⁾
- Depuis le □□ / □□ / □□□□ (Date de début) (24)
- Pendant □□□ semaines (Durée du traitement) (25)

Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)

□□ / □□ / □□□□ (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Ik bevestig dat de patiënt zelf de HAQ vragenlijst ingevuld heeft, opgenomen onder punt V van dit formulier:

- op (datum waarop de vragenlijst ingevuld werd) ⁽¹⁴⁾ en dat er een totale score werd bekomen van :
- op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), ⁽¹⁵⁾ die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van :
- Op 100.

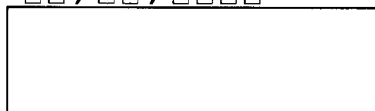
Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose bij deze patiënt overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist:

- ⁽¹⁷⁾ Radiografie van de longen en Mantoux- test tegelijk negatief;
- ⁽¹⁸⁾ Radiografie van de longen negatief en Mantoux-test positief : Een adequate behandeling van de tuberculose aandoening werd toegediend gedurende minstens zes maanden en de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose is bevestigd door een geneesheer-specialist in de pneumologie onder punt VI van dit formulier ;
- ⁽¹⁹⁾ Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden positief : een adequate behandeling van de tuberculose aandoening werd toegediend gedurende minstens zes maanden en de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose is bevestigd door een geneesheer-specialist in de pneumologie onder punt VI van dit formulier.

Op grond hiervan bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een behandeling met ENBREL.

IV-Identificatie van de geneesheer-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres en RIZIV nummer)

(naam)
 (voornaam)
1- (N° RIZIV)
 / / (Datum)



(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

V-Vragenlijst omtrent fysiek functioneren (HAQ) in te vullen door de patiënt wiens identiteit vermeld staat onder punt I.

(Gelieve met een kruisje het antwoord aan te duiden dat het best uw capaciteiten van de laatste dagen omschrijft).

	ZONDER ENIGE MOEILIKHEID	MET ENIGE MOEILIKHEID	ZEER MOEILIK	ONMOGELIJK
1) AANKLEDEN EN UITERLIJKE VERZORGING : Bent u in staat om:				
a. Uzelf aan te kleden, incl. uw veters dicht te knopen en uw kleren dicht te knopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Uw haar te wassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) OPSTAAN: Bent u in staat om:				
a. Van een stoel op te staan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In en uit bed te komen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ETEN : Bent U in staat om:				
a. Uw vlees zelf te snijden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een vol kopje of glas naar uw mond te brengen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Een brik melk of fruitsap te openen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) LOPEN: Bent u in staat om:				
a. Buiten op vlak terrein te lopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 5 treden van een trap op te lopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) HYGIENE: Bent u in staat om :				
a. U volledig te wassen en af te drogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een bad te nemen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Op het toilet plaats te nemen en er weer van op te staan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) GRIJPEN :

Bent u in staat om:

- a. Een voorwerp van 2,5 kg boven uw hoofd te pakken ?
- b. U te bukken om een kledingstuk op de vloer op te rapen ?

7) HET GEBRUIK VAN DE HANDEN:

Bent u in staat om:

- a. Een autodeur open te maken ?
- b. Een pot open te schroeven die al eerder is opengemaakt ?
- c. Een kraan open en dicht te draaien ?

8) ANDERE ACTIVITEITEN :

Bent u in staat om:

- a. boodschappen te doen ?
- b. In en uit de auto te stappen ?
- c. Huishoudelijke taken te verrichten zoals stofzuigen of een beetje te tuinieren ?

zonder
ENIGE
moeilijkheidEen
BEETJE
ongemakkelijkBeperkt tot
bepaalde
posities of zeer
ongemakkelijk
(2)ONMOGELIJK
door
polyartritis
(3)

(score toegekend aan elke kolom)

(0)

(1)

(2)

(3)

□□/□□/□□□□ (Datum waarop de vragenlijst werd ingevuld) (20)

..... (Handtekening van de patiënt)

VI-(Indien van toepassing)• **Gegevens te bevestigen door een geneesheer-specialist in de pneumologie**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt zich in de volgende situatie bevindt :

- ⁽²¹⁾ negatieve radiografie van de longen en positieve Mantoux-test
- ⁽²²⁾ tegelijk een positieve longradiografie en positieve Mantoux-test.

Ik bevestig dat hij een adequate tuberculosebehandeling kreeg gedurende een periode van minstens 6 maanden, met name:

- (toegediende anti-tuberculose behandeling) ⁽²³⁾
- Sinds □□/□□/□□□□ (datum van aanvang) ⁽²⁴⁾
- Gedurende : □□□ weken (duur van de behandeling) ⁽²⁵⁾

Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze patiënt.

• **Identificatie van de geneesheer-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer)**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)

1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° RIZIV)

□□/□□/□□□□ (Datum)

(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

